

# Protocolo de Heparinização Vascular

Versão eletrônica atualizada em

Fevereiro 2011



HOSPITAL ISRAELITA  
ALBERT EINSTEIN PROTOCOLO DE HEPARINIZAÇÃO VASCULAR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data início da Heparina: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TTPA inicial: \_\_\_\_\_

( ) Prescrição-Protocolo Institucional: { SF 0,9% 250mL  
Heparina 25.000UI ( ) Prescrição: { SF 0,9% \_\_\_\_\_ m<sub>i</sub>  
Heparina \_\_\_\_\_ UI

Preencher quando não houver etiqueta disponível

Paciente: \_\_\_\_\_

Unidade \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Passagem: \_\_\_\_\_

Horário da coleta	Gotejamento (ml/h)	TTPA	Horário resultado	Bolus (registrar a dose)	Novo Gotejamento (ml/h)	Pausa (anotar em minutos)	Nova coleta em: (anotar o intervalo em horas)	Enfermeiro Responsável Assinatura/COREN	* Técnico de Enfermagem Assinatura/COREN

\* **Dupla Checagem:** deve ser realizada a dupla checagem (verificação realizada pela enfermeira e técnico de enfermagem) no momento de instalação da solução, e quando ocorrer alteração da dose.